

القاهرة في: 2018/11/28

السادة مقدمي الخدمة الطبية بهيئة متلايف الطبية،

تحية طيبة وبعد،

نشكركم على حسن التعاون المثمر بيننا طوال الفترة الماضية و حرصاً من شركة متلايف على استمرار هذا التعاون في إطار تطوير خدماتها نحيط علم سيادتكم بالآتي:

- تم تعديل نموذج المطالبة الطبية الخاص بشركة متلايف على النحو الموضح بالصورة المرفقة.
- النموذج الجديد يحتوي على نسختين فقط :
 - نسخة بيضاء لكشف الطبيب ووصف الأدوية
 - نسخة زرقاء مكرنة للصرف من الصيدليات المتعاقدة
- تقدم النسخة البيضاء مع المطالبة الشهرية على نفس النحو المعمول به حالياً
- سيتم إلغاء التعامل بنسخ نماذج المطالبة الآتية:
 - الأشعة (النسخة الحمراء)
 - التحاليل (النسخة الصفراء)
 - نسخة الخدمات الأخرى (النسخة الخضراء) الخاصة بالعلاج الطبيعي
- بالنسبة للخدمات المذكورة أعلاه (الأشعة، التحاليل، العلاج الطبيعي) سيتم الاكتفاء بطلب الخدمة الطبية المدون من الطبيب المعالج على روثنة الطبيب أو المستشفى على أن يحتوي الآتي:
 - التاريخ
 - اسم المريض
 - رقم الوثيقة والرقم الفردي
 - التشخيص بواسطة الطبيب المعالج
 - اسم الطبيب المعالج والتوقيع
 - ختم الطبيب أو المستشفى
 - توقيع المريض
- يتم تقديم ذلك طلب الخدمة في المطالبة الشهرية مع إيصال الخدمة
- عند وصف أدوية للمريض يتم كتابتها على نموذج المطالبة (النسخة البيضاء) وليس على روثنة كما كان معمولاً به سابقاً مع مراعاة الاشتراطات الآتية:

- التاريخ
- رقم الوثيقة والرقم الفردي
- اسم الطبيب المعالج والتوقيع
- عدد اصناف الأدوية الموصوفة
- توقيع المريض
- على الصيدليات أن تقدم النسخة الزرقاء مع فاتورة الأدوية ونسخة ال EOB من نظام ICare وال Bills delivery

يسري هذا التعديل اعتباراً من 2019/1/1

و في حال وجود أي إستفسار، رجاء الاتصال بالخط الساخن 19097 أو عن طرق البريد الإلكتروني medicalunit.egy@metlife.com التالي:

و تفضلوا بقبول فائق الاحترام،

المدير الطبي

د/ أسامة نصير

MetLife MA: / B / 2018

Tel: (+202) 24619020 Fax: (+202) 24619022

Managed Care Claim Form نموذج مطالبة شركة التأمين الطبية

MetLife No. رقم العميل Patient's Name اسم المريض
Group No. رقم المجموعة Certificate No. رقم الشهادة
Day No. رقم بطاقة التأمين National ID No. رقم الهوية

Diagnosis (Please mark the exact diagnosis. If not available, please fill in the "Other Diagnosis" box below)

Diagnosis Description	ICD-10	Diagnosis Description	ICD-10
Cardiology		General Surgery	
Chest Pain	R07.0	Anal Fissure	K60.2
Hypertension	I10	Appendicitis	K58.0
Hypercholesterolemia	E78.0	Breast Mastectomy	N61
Ischemic Heart Disease	I25.0	Cholecystitis	K81.0
Pulmonary Embolism	I80.0	Hemorrhoids	K61.0
Chest Medicine		Hernia Inguinal	K60.0
Chronic Asthma	J45.0	Gastroenterology	
Emphysema, Acute	J44.0	Dysfunctional Uterine Bleeding	N93.0
COPD/COAD	J44.0	Dysmenorrhea	N94.0
Cough	R05	Fibroid	D25.9
Pneumonia/Pneumonia	J18.0	Gynecological Malignancies	N62.0
Upper Respiratory Tract Infection	J06.0	Polycystic Ovaries (PCO)	E28.2
Dermatology		Vaginitis/Vulvovaginitis	N76.0
Alopecia	L50.0	Ophthalmology	
Dermatitis, Contact Eczema	L30.0	Conjunctivitis	H18.0
Tinea	B07.0	Chalazion	H00.1
Verruca	B07.0	Congenital/Hereditary	H10.0
Warts/Verrucae	B07.0	Dry Eye	H14.0
Ear Nose Throat		Glaucoma	H40.0
Acute Otitis Media (Ear Wax)	H61.0	Orthopedics	
Otitis Media	H61.0	Arthropathy Arthritis	M13.00
Rhinitis/Allergy	J30.0	Intervertebral disc	M51.0
Sinusitis/Acute	J01.0	Lumbago/Low Back Pain	M54.0
Tonsillitis	J03.0	Osteoporosis	M81.00
Endocrinology		Sprain	T03.0
Diabetes Mellitus	E10.0	Podiatry	
Hypothyroidism	E03.0	Blackheads	M80.10
Thyroiditis	E05.0	Calf Cramps	M80.10
General Medicine		Dizziness	R50.0
Abdominal Pain	R10.0	Fever	R50.9
Anemia	D64.0	Neurology	
Emphysema/Reflex	R21.0	Cerebrovascular Accident (CVA)	I67.0
Fatty Liver	K76.0	Epilepsy	G40.0
Gastritis	K29.0	Migraine	G43.0
Constipation/Enteritis or Colitis	K59.0	Sciatica	M54.1
Cough	R05.0	Vestibular Disorders/Coldness	H01.0
Hepatitis B	B16.0	Urology/Nephrology	
Hepatitis C	B17.0	Kidney Stone	N20.0
Hemorrhoids	K61.0	Prostatitis, Acute	N41.0
Intestinal Infection Syndrome	K58.0	Renal Cyst	N22.0
Liver Carcinoma	C24.0	Renal Failure, Chronic	N18.0
Peptic Ulcer	K27.0	UTI (Urinary Tract Infection)	N59.0

Diagnosis (If not mentioned above): 1) 2) 3) 4)

Management Plan:

Date: التاريخ Physician's signature and stamp: توقيع الطبيب

MetLife Copy: نسخة متلايف

MetLife No. رقم العميل Patient's Name اسم المريض
Group No. رقم المجموعة Certificate No. رقم الشهادة
Day No. رقم بطاقة التأمين National ID No. رقم الهوية

Diagnosis (Please mark the exact diagnosis. If not available, please fill in the "Other Diagnosis" box below)

MetLife No. رقم العميل Patient's Name اسم المريض
Group No. رقم المجموعة Certificate No. رقم الشهادة
Day No. رقم بطاقة التأمين National ID No. رقم الهوية